

診療情報とその開示

中 村 敏 昭

目 次

I 診療情報とは	(2) 原則非開示で例外を認める
1. カルテ	(3) 原則開示で例外を認める
2. 具体的内容	(4) 診療過程での開示
3. 「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会報告書」(平成10年6月18日)	(5) 診療終了後の開示
II 診療情報の意義と性質	(6) カルテの開示は拒否しうるか
1. 診療情報の意義	2. 診療情報開示の根拠
2. 診療情報の性質	(1) 開示消極説
III 診療情報の機能	(2) 開示積極説
1. カルテの証明力と推定力	3. 診療情報開示の対象者
2. 判 例 I	(1) 患者本人(または代理人)
3. 判 例 II	(2) 遺 族
4. その他の判例	(3) 第三者
IV 診療情報の開示	4. 診療情報開示の範囲
1. 診療情報開示の必要性	5. 診療情報開示の現状
(1) いかなる場合に開示が請求されるか	(1) 日本の場合
考えられる事例	(2) 諸外国の場合
	V 診療情報開示の法制化

以上本号

I 診療情報とは

1. カルテ

診療情報とは、医師その他の医療従事者が診療に関して作成した診療経過およびその内容に関する事項が記載されている文書(マイクロフィルムやビデオテープ等も含む)のすべてを指す。

実際には、手術、麻酔経過の記録、物理的・化学的・生物学的な諸検査などもカルテに添付されていることが多いが、医師が指示して記載した部分のほかに医師の指示を受けて医師以外の者が記入した部分もあり、当該医師以外の者が記入した部分も医師の指示に基づくものであり、全体として一体化して利用されるものである以上、やはりカルテとして扱うべきであり、この場合の記入者は単なる医師の手足と考えられる。

したがって、医師の口述による仮の記載は、たとえ看護婦等がしたとしたも、医師は必ず署名しなければならない。そうでなければカルテとしての効力（証明力、推定力等）を失うことになりかねないからであり、その意味でもカルテは診療情報の中核をなす。

2. 具体的内容

①診療録（カルテ）、②問診録、③看護記録、④助産録、⑤諸検査写真・記録・報告書・伝票等（レントゲン写真、内視鏡写真、造影写真、MRI 検査写真、胃カメラ写真、CT スキャン、超音波検査、脳波、心電図、血液検査、生化学検査、細菌検査、その他の記録）、⑥手術録（手術承諾書、麻酔記録も含む）、⑦レセプト、⑧医師引継書、医師当番表、⑨病棟日誌、看護婦引継書、看護婦当番表、⑩患者台帳、分娩台帳、⑪解剖記録、組織標本、⑫MRSA 事件では院内の感染防止のマニュアルや清掃記録など、⑬技工指示書、⑭スタディモデル、⑮他の医師からの紹介状など。

上記のうち②以下は厳密な意味ではカルテではないが、医療事故訴訟における事実認定においては診療補助記録としてカルテと同様に扱われているから、診療情報に含まれると解すべきであろう。

3. 「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会報告書」（平成 10 年 6 月 18 日）⁽¹⁾

『医療の提供の必要性を判断し、又は医療の提供を行うために、診療等を通じて得た患者の健康状態やそれらに対する評価及び医療の提供の経過に関する情報であり、これらが紙等の媒体に患者ごとに記録されたものである』と定義している。そしてこのレポートで提案された「カルテ等の開示の法制化」の提案は日本医師会等の反対により実現していない。なお以下上記報告書を森島 R と略称するが、引用頁の数字は掲載誌ジュリストの頁を指す。

わが国の現行法制上作成が義務づけられているのは、①カルテ（医師法 24 条、歯科医師法 23 条）、②診療に関する諸記録（医療法 21 条 1 項、医療法施行規則 20 条 11 号「過去 2 年間の病院日誌、各科診療日誌、処方せん、手術記録、検査所見記録、エックス線写真、入院患者・外来患者の数を明らかにする帳簿」）、③助産録（保助看法 42 条）等である（他に特定機能病院、地域医療支援病院についても「診療に関する諸記録」とあるが、上記 21 条 1 項の内容とほぼ同じであるので省略する）。

いずれも出生（死亡）証明書や診断書の原本であり、行政上・司法上も高い証拠価値のあるものだから、単なる医師・歯科医師の備忘録として済ませるわけにいかないことは明らかである。

Ⅱ 診療情報の意義と性質

1. 診療情報の意義

医師法 24 条，歯科医師法 23 条は「医師（歯科医師）は，診療をしたときは，遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければならない。」「診療録は 5 年間保存しなければならない。」とし，記載すべき事項については医師法施行規則 23 条（歯科医師法施行規則 22 条）が，診療を受けた者の住所，氏名，性別および年齢，病名および主要症状，治療方法（処方および処置），診療年月日と規定している。

また現在わが国で行われている医療のほとんどが保険診療であり，健康保険法 43 条，44 条 1 項その他に基づき制定された保険医療機関及び保険医療養担当規則 22 条，9 条は「保険医は，患者の診療を行った場合には，遅滞なく様式第 1 号またはこれに準ずる様式の診療録に，当該診療に関し必要な事項を記載しなければならない。」「保険医療機関は，療養の給付の担当に関する帳簿及び書類その他の記録をその完結の日から 3 年間保存しなければならない。ただし，患者の診療録にあっては，その完結の日から 5 年間とする。」と規定しているが，ここでいう完結の日とは，一連の診療行為が終了した日と解されている。

2. 診療情報の性質

診療情報の中核をなす診療録，診療に関する諸記録，助産録などの作成・保存が当該医療従事者に義務づけているのは，以下のような理由によるものと思われるが，診療情報とりわけカルテの作成や開示の範囲を考えるとときに重要となるのは，カルテがどのような目的で作成されるのか，また作成されなければならないかを検討する必要がある。

- ① 診療の継続性の維持
- ② 適正な診療行為と治療成果の確保
- ③ 医療機関の管理・運営の資料
- ④ 医療保険などの診療報酬を請求する資料
- ⑤ 患者が自分の疾患の状態・治療内容等を理解するための資料（患者に対する説明と結果に対する報告）
- ⑥ 医学の発展と医療水準の向上 具体的には臨床研究の資料，治験の評価にあたっての記録，実験的医療にかかわって
- ⑦ 医療従事者の教育・研究資料
- ⑧ 出生・死亡の確定，各種手当・年金などの請求，その他の目的に使用される証明書・診断

書の作成

⑨ 行政機関による調査、統計さらには公衆衛生の向上の目的

⑩ 医療事故が生じた場合の民事・刑事の証拠資料⁽²⁾

いずれの場合であっても、その記載は正確かつ詳細であることが望ましく、また散逸を防ぐ必要がある。

とくに②、⑤、⑩は重要であるが、⑩の場合には、民事・刑事どちらの場合であっても、被告人である医師（歯科医師）側の主張を支え、真実を明らかにする重要な証拠であり、医師の診療行為における過失の有無の判断に際し、医療の特殊性のため専門的な証拠の認定方法が事実認定ないし法的判断の上で重要な役割、とりわけ、カルテの記載と医師の証言、これらの相互検討による診療過程の認定、医学上の文献の追跡による医療水準の検証、これらの事実に対する鑑定の評価が重要視され、このような証拠、事実の総合的検討により決定されることになる⁽³⁾。

Ⅲ 診療情報の機能

1. カルテの証明力と推定力

診療情報とりわけその中心をなすカルテは、医師が自分の業務上、診療行為のたびに時間を追って作成するものだから、カルテに記載された患者の症状、病名、処置、その他の診療経過の記載は、その時点における医師の事実認識の反映であるので、きわめて信用性が高いものとして一般に評価されているといってもよいであろう（カルテの証明力）。

したがってそこに記載された事実については、医師の記載どおりの事実が存在すると推定され、かつまた、そのように認識・判断されたとの推定が強く働くことになる（カルテの推定力）⁽⁴⁾。

診療行為の過程において万一事故が発生し、それが訴訟になった場合における事実の認定にはカルテの記載が重要な役割を有し、ある事実がカルテに記載されたか否か、後日書き足したか否か、また削除したか訂正したか否か、記載責任者たる医師本人が記載したか、当該診療行為終了後遅滞なく記入されているか否かが問題となる。

というのも、医療事故訴訟における事実認定は、カルテとカルテ以外の診療情報（看護記録、各科診療日誌、処方せん、手術記録、検査所見記録、エックス線写真、その他の診療に関し作成されたすべての書類等）と医師や看護婦等の証言との整合性が問題とされ、さらに患者側の主張・証言等の関連から判断されるから、カルテの記載は訴訟の結論に大きな影響をもたらすことが多いと考えられる。

カルテの推定力につき判例は「診療録はその他の補助記録とともに、医師にとって患者の病状の把握と適切な診療上の基礎資料として必要欠くべからざるものであり、また、医師の診療行為

の適正を確保するために、法的に診療の都度医師本人による作成が義務付けられていると解すべきであって、特段の事情がない限り医師にとっての診療上の必要性和右のような法的義務との両面によってその真実性が担保されているというべきである。」（東京高裁昭和 56・9・24 判決・判例タイムズ 452 号 152 頁，判例時報 1020 号 40 頁）。

上述のようにカルテに推定力が認められるためには、その記載が①診療の都度作成されたものであること、②専門的知識と経験を有する医師本人により作成されたものであることを要する。

またカルテに記載がない場合が問題となる。カルテに記載がない場合とは、①何らの症状の発現もしなかったから記載しなかった場合と、②症状等が発現したがこれを認識できなかった場合、③認識したが記載を失念した場合等が考えられる。訴訟で問題となるのは、②と③の場合であり、いずれの場合も他の証拠の検討による事実経過の認定によって決せられることになる。

カルテに記載がない事実についてその存否が争われた場合に、カルテに記載がないことはその事実の不存在を推定させるかが問題となる。

この問題につき不記載事実の不存在に対する推定力を認める判例は「カルテは、医師法 24 条により医師がその作成を義務付けられ、診察治療に際してその内容及び経過に関する事項をその都度、経時的に記載すべきものであって、また、カルテは、看護日誌等これに付属する補助記録とともに、医師にとって患者の病状把握と適切な診療のための基礎資料として必要不可欠なものであるから、記載の欠落は、後日にカルテが改変されたと認められる等の特段の事情がない限り、当該事実の不存在を事実上推定させる。」（東京地裁平成 4・6・8 判決・判例時報 1460 号 85 頁）と判示する。

記載されるべき事項の重大性、欠落箇所その他の諸事情を総合的に考察して判断されるべき問題だが、一般的にはカルテ上の記載の欠落はそのような事実が存在しなかったとの推定を導き、ひいては、医師の不注意の状況証拠とされることもある⁽⁵⁾。

また医師はカルテ作成の権限があるから、診療行為の過程にあって、当該医師が認識判断し実施したことについて記載した事項であっても、後刻（日）加除・訂正することは原則として許されるはずであり、カルテが後刻加除・訂正されたとの立証だけでは、カルテの記載が事実に反するということはできない。

例えば緊急事態のため診療中の処置・経過などにつき遅滞なく記載することができず、後刻記載することはままたり得ることであろう⁽⁶⁾。

これらの加除・訂正等の行為が、診療行為終了後から担当期間（時間）おいてからなされた場合には、何らかの改ざん等が意図された結果だとの推定がなされうことは止むをえない結果であり、後刻の加除・訂正はそれが合理的な説明がなされるものでなければ、カルテの信用性にとりマイナスに働くことは当然であろう。

このことは、カルテの追記・誤記入・改ざんのいずれの場合でも同様であるが、改ざんは医師の故意によるものだから、事実認識における医師の診療態度についての判断に影響を与え、追記・誤記入の場合以上に合理的な説明を要求されることになる。

いずれにしても、判例の傾向はカルテの加除・訂正等についての説明の合理性を認めるのに厳格であるといえよう。

またカルテの記載が事実在即していないことが認められた場合、カルテおよびこれに基づく医師の証言等は排斥されることになるが、そのことから直ちに医師に過失ありと判断されるわけではない。医師の過失の有無は、あくまでも他の証拠の検討による事実認定により決定される。しかしカルテの記載と具体的状況との齟齬が甚しい場合、あるいは医師のその点についての弁解が不自然である場合などには、医師に対する疑問から過失が認定されることになることが多いであろう。

2. 判 例 I

『歯科医師（Y）が下顎のこぶ状のものの診断は依頼されなかったと主張し、カルテも齲歯の治療をした記録のみで、こぶ状のものを診察した事実の記載はないが、それはその診断をしなかったことの証明にはならないとされた事例』棄却（東京地裁昭和 53・12・14 判決・判例時報 952 号 96 頁）。

本件は一般の開業医である歯科医師（Y）が、エナメル上皮腫と診断できなかったことが注意義務の懈怠には当たらないとされた事例であるが、Y が下顎のこぶ状のものの診断は X から依頼されなかったと主張し、カルテも齲歯の治療の記録のみでこぶ状のものを診察した事実の記載はなく、また Y 本人の尋問の結果も同趣旨であるが、それはその診断をしなかったことの証明になるわけではない、としているのである。

すなわちこの判決では、カルテに記載のないことが直ちにその事実のなかったことの証明になるわけではない、としているのである。X は虫歯の治療と下顎部右側前歯の歯茎内部にできた直径約 1.5 センチ大の半球様のこぶ状のものについて診察を受け、虫歯につき治療を受けたが、こぶ状のものについては「軟骨だから心配ない」「レントゲンの必要はない」旨診断されたので海外旅行に出発した。9 か月後帰国したが、旅行中からこぶ状のものが次第に大きくなり下顎前歯がぐらついてきたので、11 か月後レントゲン撮影と患部の組織検査を受け、エナメル上皮腫との診断で、下顎右側を部分的に削り、下顎部の奥歯 3 本を残して入歯を施した。

X は Y に対し、こぶ状の診断の依頼時にレントゲン撮影等の検査をして診断する義務を怠った過失で誤診し、そのため下顎部を現状のように失ったとして、不法行為による損害賠償請求をしたものである。

判決は、エナメル上皮腫の発育が一般にゆるやかで経過が長いこと、一般開業医のレベルでのレントゲン撮影では病名診断が困難であり、その他の事実を総合勘案すると、一般開業の歯科医としての医療水準からみて、YがXを診断した時点において、こぶ状のものにつきの確な診断を下すことはその症状からなお困難があったものとみるのを相当とし、Yがレントゲン撮影その他の検査を行わず、また、他の十分な設備の整った病院の診断を受けるようにXに勧めなかったからといって、右段階において、直ちにYに一般開業医として通常用うべき注意義務（本件において、大病院の医師としての高度の注意義務をYに要求することは、叙上認定の事実に徴し、妥当でない）を怠った過失があるものとしてその責を問うことはできない、と判示する。

本判決は、手術をした大学病院の医師の証言が強く影響を与えたとはいえ、仮に確定的診断は困難であったとしても、Xがこぶ状のものがあるという具体的な異常を訴えてきたのだから、不十分であってもレントゲン撮影その他を行ない、患部の組織検査を受けるよう他機関への転医を勧めることは、一般開業医の責務といえるのではないか。もともとエナメル上皮腫の診断は一般に比較的容易であるといわれているが、パノラマ撮影によりその診断は容易になっているので、エナメル上皮腫を見落とすか、パノラマ撮影が可能な医療機関に転医を勧めなければ過失とされる可能性が大であるというべきであろう。

3. 判 例Ⅱ

『歯科医師が親不知の処置としてキシロカインを投与したところ、患者が呼吸異常等を来したので外科医に搬送したが、右半身麻痺の障害を後遺した結果につき、歯科医師の間診等に過失はないとされた事例』棄却（浦和地裁昭和60・9・30判決・判例タイムズ576号79頁）。

X（昭和11年生れ）は、Y（歯科医師）から親不知の処置のため20%キシロカインを1ccは浸潤麻酔の方法で注射し、続けて2ccは伝達麻酔の方法で注射したが、その直後両手と両足の痺れ感を訴え、酸素吸入し休息後外科医（T）に搬送して治療を受けたが、右半身知覚麻痺、右上下肢筋力低下の障害を後遺した（5級の身体障害者手帳を持つ）。

このためXは、Yには注射時に患者の身体の状態を把握してその安全をはかり、状況によってはこれを避けるべき義務があるのに（Xは胃腸が悪く下痢症状で、親不知の痛みのために睡眠不足であり、39度の発熱をし、来院前に電話で解熱剤服用の許可を得ているし、当日の診察のはじめXの体調を確認できたとする）、Yは十分な問診をせず麻酔をしたことに過失があり、Xの身体条件等から毒性の強いキシロカインの血中濃度が上昇し麻酔中毒による呼吸困難に陥り、酸素欠乏の状態が障害をおこしたとして歯科医師の不法行為責任（慰謝料500万円、逸失利益720万円、弁護士費用120万円）を請求したものである。

判決は、当日の診察および搬送等の経過などにつき認定し（Xのいう意識不明、痙攣につい

ては否定)、Xが顕著な身体的異常を示していないから、麻酔中毒回避の問診としては、当日の身体的異常について尋ねれば足りるとし、これに歯が痛いと聞いているから、さらに問診をして判断資料を得る義務はなかったとし、また、麻酔薬の投与を差し控えるべきであるかについては、Xが胃炎のようで熱があるといっているだけで、YはこのほかXの身体に異常があるとの認識はなかったし(39度の発熱、電話による告知、下痢や睡眠不足は認められないとする)、麻酔薬の投与は患者の身体状況や病状の原因等により具体的に検討されるべきものであるから、Yの認識を前提とする投与は不当といえないとしてXの請求を排斥した。

本件でカルテが問題となるのは、XがYに対して発熱その他の身体的状況の悪いことを告げたと主張したのに対し、外科医の証言とYのカルテにそのような部分のないこと、また外科医のカルテにXの体温が高かった旨の記載があるに過ぎないこと等から、Xの供述だけで高熱とその告知があったとの心証に達しえず、下痢や親不知の痛みによる睡眠不足の告知も証拠がない部分についてである。

歯科医療においては、麻酔投与により重い障害を与えることがあるが、その際に歯科医師が守るべき注意義務としては一般医療と違ったものがあるわけではなく、麻酔投与の判断の適否、麻酔法選択の適否、施術中の経過観察、異常発生時の救急蘇生処置の適否、その他麻酔器具・薬品の取扱等が問題となる⁽⁷⁾、とされている。

4. その他の判例

カルテの不記載、カルテの改ざん等

① 『立ち会っていない看護婦の記載した部分の看護記録は信用できないとされた事例』

看護記録の「意識消失」との記載について、意識消失は看護記録にだけに記載され、記載した看護婦はその時間帯に立ち会っておらず、医師から聞いたことをまとめて記載したものであり、その医師の記載したサマリーにその点に関する記載がないことに照らすと、看護日誌のその記載部分は信用できないとされた(大阪地裁平成9・1・24判決・判例タイムズ952号256頁)。

② 『死亡時刻に関して、鑑定結果等に照らしてカルテなどの記載部分を採用できないとされた事例』

生後2日の児の死亡時刻についての死亡診断書、カルテ、看護記録、退院連絡書の記載について、それは児に対する蘇生術を断念した時刻であり、その前の異常発生時に既に心音がなく自発呼吸もしていなかったのであるから、それを(死亡診断書、カルテ等に記載した死亡時刻)死亡時刻と認定することはできないとし、鑑定結果から、より早い時期に死亡していたと認定し

た（静岡地裁沼津支部平成8・7・31判決・判例時報1234号45頁）。

③ 『カルテは後日追記したものと認定され、その記載事実の存在が否定された事例』

人工呼吸・心臓マッサージをした旨のカルテの記載について、記載は事故発生後書かれたものであり、かなりの挿入が加えられ、かつ記載自体にあいまいな点が散見されることなどに照らすと、記載どおりの事実を認定することに躊躇を覚え、信用できないとされた（静岡地裁平成5・11・25判決・判例タイムズ857号214頁）。

④ 『医師側の重篤であったとの主張に対し、カルテや看護記録等に不記載である症状が認定されなかった事例』

交通事故による傷害の程度は下腿の切断を要するほど重篤であった旨の主張に対し、受傷の程度、態様について手術に関する診断記録を殆んど残さず、また、入院診療録、看護記録等にもこの点についての記載が全くないことを理由に排斥し、十分なブラッシング及びデブリードマンが可能であったとした（浦和地裁平成5・7・30判決・判例時報1494号139頁）。

⑤ 『カルテに記載のないことは当該事実の不存在を事実上推定させるとして、不存在に対する推定力を積極的に評価した事例』

カルテは、医師法24条により医師がその作成を義務付けられ、診察治療に際してその内容及び経過に関する事項をその都度、経時的に記載すべきものであって、また、カルテは看護日誌等これに付属する補助記録とともに、医師にとって患者の疾患把握と適切な診療のための基礎資料として必要不可欠なものであるから、記載の欠落は、後日カルテが改変されたと認められる等の特段の事情がない限り、当該事実の不存在を事実上推定させる（東京地裁平成4・5・26判決・判例タイムズ798号230頁）。

⑥ 『横線で抹消された看護記録記載の事実について、医師の証言、レセプトの記載により、抹消された事実（酸素投与）は存在しなかったと認定された事例』

酸素投与の記載が横線で抹消された看護記録につき、酸素が投与されたとの（原告の）主張に対し、不投与とする医師の証言が明確で不自然なところがないこと、不投与がレセプトの記載に相応すること、看護記録の記載が双胎児の記載と混乱して記入されたため抹消されたと推測できることを理由に、投与されなかったと認定する（甲府地裁平成元・1・10判決・判例時報1324号97頁）。

⑦ 『カルテの記載が虚偽でないかとの疑いがあり、実質的に虚偽記入と認定された事例』

カルテを全体として見ると、診察の際に記載したと考えるには、あまりにも整然とした体裁で記載されているだけでなく、ほぼ同様の表現でそれほどの変化のない内容で診察結果を繰り返して記載しているなど不自然な点が認められること、他の記録と齟齬していることを理由に、診療の合間にその都度記載されたものではなく、後日、同一時期にまとめて適宜の内容で作成されたものではないかとの強い疑いが残るとした（東京高裁平成6・10・5判決・判例時報1513号115頁）。

⑧ 『カルテの追加記載について改ざんの疑いが強いと認定された事例』

カルテについて、全体として一行の記載なのに、一行の欄に二行記載されていること、挿入されていること、「特記すべきことなし」の下に特記されていること、他の記載は極めて簡単な単語のみのメモ程度の記載であるのに日本語による詳細な文章体の記述であること、はぎ取った痕跡、はがした痕跡、切断した痕跡がみられること等、本件の争点と関係する部分に不自然な点が多々見受けられることを理由に改ざんの疑いがあり、少なくとも本件の争点につき被告の主張を裏付けるだけの価値はないとした（大津地裁昭和62・5・18判決・判例時報1269号125頁）。

⑨ 『カルテの改ざんが認められた事例』

早期の来診指示のカルテ記載につき原告の行動に照らし不合理であり用字と記載の体裁からみて後日追加記載の疑いが強いことを理由に改ざんを認定し、改ざんを含めた吐瀉な医療につき慰謝料（600万円）を認容（名古屋高裁昭和61・12・26判決・判例時報1234号45頁）。

⑩ 『カルテの追記部分の信憑性が劣るとし、結局記載事実の存在が認定されなかった事例』

単なる追記と認定された場合も、追記である以上、推定力の根拠からすれば、記載事実の存在に対する推定力が認められないことになるが、実際の判例上では追記であることだけを理由として記載事項の存在を排斥しているものは少なく、他の理由と併せてこれを排斥しようとしている傾向がある。「これらの記載は、その体裁からみて、後から書き加えられたものであることが明らかであるところ、カルテが往々多忙な医療行為の間に書かれたものであることを考慮すれば、これに後日の加筆をすること自体一概に非難することはできないが、本件のような医療行為の過失をめぐって紛争が生じている場合、このように加筆された部分の信憑性は劣るものといわざるを得ない」（東京高裁昭和62・9・3判決・判例時報1256号32頁）。

- ⑪ 『医師の「学会発表のためのデータをまとめるためカルテの追記や修正をしたが、訴訟提起でもとに戻した」との主張を排斥した事例』

未熟児網膜症による失明事故につき医師の酸素療法上の過失責任を認めた事案において、診療録および新生児記録に多数箇所において記載を擦り取り、あるいはインク消しを用いて記載を抹消した痕跡があるが、これは患者の親が診療録および新生児記録を患者の眼診断のため借り出し、これを医師に返却した後になされたものであると認定し、医師の「右事例について学会で発表しようと考え、各関係書類上に散在するデータをまとめるべく、また、書類間に存在する不一致を統一すべく種々の書き入れ、記載の修正などをしていたところ、訴訟が提起されたので、各書類を当初の状態に戻した」との説明を改ざん時期が退院後2年以上経過後であること、発表のための診療録としては極めて簡単であること、訴訟が提起されることは予想できた状態であったこと、改ざんが徹底して行われていること等、詳細な理由をあげて厳しく排斥した（釧路地裁網走支部昭和54・1・19判決・判例時報924号92頁）。

- ⑫ 『カルテの不記載と医師の麻酔投与時や手術開始時の不確認等から過失ありとされた事例』

カルテの麻酔投与時間や手術開始時間または手術の前後にわたって本人の症状を示す脈搏・血圧等の詳細な記載がなく、証拠からしても医師自身麻酔投与時間を正確に確認していなかったことが認められて過失ありとした（宮崎地裁昭和47・12・18判決・判例時報702号94頁）。

- ⑬ 『カルテの不記載は一般論として医師が診察しなかったことを推定させることになることとされた事例』

「医療行政上の目的のほか患者との診療契約にもとづく診療のプロセスを医師に記載させ、それにより診療の適正を期する目的を有するものと認められ…したがって診療録は患者にとって医師の診療行為の適否を判断するための資料となるべき診療に関する事項が法律の要請にもとづいて記載された文書といえることができる」ものだから、カルテの不記載は一般論としては医師が診察しなかったことを推定させることになる（東京地裁昭和47・3・18決定・判例タイムズ278号313頁）。

IV 診療情報の開示

診療情報の開示が問題となるのはいかなる場合だろうか。もし医師が患者の症状や治療法など診療について情報を患者が納得のいくように十分に説明し、患者がそれを理解したうえで検査や手術などの治療方法を選択した結果であれば、必ずしも患者にとってよい結果にならなくても、

患者から診療情報についての開示請求は出なかったかもしれない。

1. 診療情報開示の必要性

医療や人権についての国民の認識や意識の高まり、さらにまた高度の情報化社会の進展や高齢化社会の到来等によって、診療情報の開示は不可避の要請となってきた。それとともに、診療情報の開示によって、医療従事者と患者の信頼関係を強化し、情報の共有化による医療の質の向上を積極的に推進する必要がある。

今日の疾病構造は、感染症を中心とした急性疾患からいわゆる慢性疾患に移行しつつある。

慢性疾患とりわけ生活習慣病といわれる病気は、薬による治療だけでは改善されないで、患者自身の生活・習慣を変える必要がある、そのためには検査結果のデータなどの診療情報を（医師が独占するのでなく）医師と患者が共有してその改善に努めることが必要となる⁽⁸⁾。

とくに血圧の自己測定や糖尿病患者の血糖値の測定やインスリン自己注射などにおいては、患者自身を医療担当者の一員と考えても不自然ではなく、また近年在宅医療が盛んになってきており、この面からも自己管理が重要となってくる⁽⁹⁾から、当然に診療情報の開示の要請につながってくることになる。

(1) いかなる場合に開示が請求されるか、考えられる事例

- ① 説明された診断や予後に疑問を持ち、あるいは治療法の選択を迷い、別の医師の意見（セカンド・オピニオン）を求めたいとき開示の請求に必要性が高まる。
- ② 医師や医療機関に対する疑念、不審が生じたときに診療情報開示の必要性は決定的となる。
- ③ 自分の症状等を第三者（企業、学校、生命・損害保険会社、加害者、警察など）に知らせたい場合
- ④ 自分の生活歴として記録したい場合
- ⑤ その他 がある⁽¹⁰⁾。

(2) 原則非開示で例外を認める

10年前であれば、これが一般的であったろうが、今日ではこのような立場をとるものは比較的少数派となりつつあり、少なくとも正面きってこのような立場を取る医師・医療機関は減少しつつある事は間違いない⁽¹¹⁾。だが患者にとってこのような請求をすることはかなり勇気のいることであり、最悪の場合は、そのような態度を患者がとることは“医師と患者間の信頼関係を壊す”として診察をしてもらうことが困難になりかねない雰囲気を生ずることがあるのも事実であろう⁽¹²⁾。

(3) 原則開示で例外を認める

がんや精神疾患患者に対する告知との関連で、診療情報の開示が患者の利益を損なう場合として問題となるのは、開示が治療効果への悪影響を与える場合である。この場合でも、本人への心理的影響と、患者と医療従事者間の信頼関係への悪影響とがある。

わが国では、特にがん、精神疾患、遺伝性疾患の場合において具体的な問題として議論されることが多い⁽¹³⁾。

(4) 診療過程での開示

もし医師が患者の症状や治療方法などの診療についての情報を診察時に説明し、患者がそれを十分に理解したうえで検査や手術その他の治療方法を選択していれば、その結果が悪くてもカルテ開示の請求はなかったものと思われる。したがって、診療過程での診療情報の開示は、診断結果や治療内容について患者が医師から説明や助言等を受ける時には口頭での情報提供を補充するためだから、カルテを使っでの informed consent であり、この場合カルテそのものでなくてもよいし、サマリーを交付してもよいであろう。したがって、開示の対象者も原則として本人か代理人ということになる。

(5) 診療終了後の開示

この場合には、すべての診療情報の開示が必要とされる場合がでてくる。また患者や遺族等が何らかの疑念、不審を持った時だから、この時点でできるだけ患者や遺族等に納得してもらうだけの説明をすることが大事で、ここでの対応の態様いかに訴訟に発展するか否かの鍵になることも実務上は多いであろう。カルテの開示が争われた裁判例はいずれもこのような場合であった。

カルテの開示により訴訟に発展するのではないかとの杞憂を抱く医師や医療機関が多いが、むしろ開示をしないためにそのような事態になる場合の方が多いものと思われる⁽¹⁴⁾。そのためにも、日常的にカルテをきちんと作成することが必要なのである。その点からいえば、カルテは「患者が見て分る」のが理想だが、必しもそれだけを考慮して記載に時間をかける必要はなく、他の医師が見て納得がいくように記載してあることが必要であろう⁽¹⁵⁾。

カルテは実施された診療行為を正確に反映するものでなければならず、また明瞭で容易に理解可能なものでなければならない。しかし記載内容が明瞭かつ理解可能か否かは、専門家である医師を基準に判断すべきであるから、治療を引き継いだ後医が誤解を抱かないような仕方で記載がされればよく、また医師にとって周知の見出し語や略語による記載で足りる、と解される。

以上のように、『カルテの記載は医師の主張を支えるもっとも有力な証拠』となるはずである。

(6) カルテの開示は拒否しうるか

診療情報（カルテ等）の閲覧・謄写等を拒否された患者や遺族等は、カルテの閲覧を求める訴訟、個人情報保護法⁽¹⁶⁾や自治体の個人情報保護条例等による請求、民事訴訟法による証拠保全手続き（訴訟提供前）や文書提出命令（訴訟係属中）などの手段がある。

このうち一般的に用いられるのは証拠保全手続きであり、その根拠は『裁判所はあらかじめ証拠調べをしておかなければその証拠を使用することが困難となる事情があると認められるときには、申立てにより、この章の規定に従い証拠調べをすることができる』（民事訴訟法 243 条）による。

医療事故が裁判になり、証拠調べの時期まで待っていてはカルテ等が改ざんされるなどのおそれがある場合、あらかじめ証拠調べをしてとりあえずその結果を保全しておくための訴訟手続きである。

患者側としては、疑問が専門的分野にわたるため、医師側の所有するカルテ等の内容を訴訟前に知り、医師側の把握している診療経過、医師の診断等の客観的資料に基づいて検討し、訴訟を起こすか否かの判断材料にし、訴訟提起後に自己の主張を組み立てる資料にしたり、他の有効な証拠の存在・所在を探す手掛かりとすることにある。

このように証拠保全手続きによれば、

- ① 客観的資料により根拠のない訴訟提起を避けることができる（濫訴の防止）
- ② 訴訟提起後の和解の促進
- ③ 争点を明確にして攻防を集中する審理の集中効果等が積極的評価としてあげられる。

しかし、今日の状況では、証拠保全手続きによれば診療情報はほぼ確実に入手できるとされているが、証拠保全もそれ自体が一つの裁判であり、手間や費用もそう簡単なものではなく、日本医師会の西島常務理事の発言（後掲）にみられるように、証拠保全の手段があるからといって、それをもってカルテの開示の正当化の理由とすることは肯定できるものではない。

2. 診療情報開示の根拠

現在、カルテを中核とする診療情報の開示について、これをすべて否定する立場をとるものはきわめて少数といってよく、この立場を主張する論文を見出すことは難しいと言ってもよいであろう。

しかし、それでは患者が自由に自分の病名、症状その他につきカルテを中心とした自己の診療情報のすべてを知ることができるかという、否であろう。

いわゆる informed consent は少しずつ医療現場で浸透しつつあるようだから、診療時に医師から口頭である程度の説明を受けることは確かだが、患者がその場で医師の説明をメモにとるこ

とは多くの場合困難だろうし、大多数の患者は帰宅後に記憶をたどって記録するのが精一杯であり、またその記録は必しも正確とはいえない。

また転院やセカンド・オピニオンの場合に、カルテのコピーや X 線写真を借り受けることもなかなか依頼しにくいのが普通だろう。

いわば現在のわが国における医療の場で、「カルテを見せて欲しい」「カルテのコピーをくれ」「X 線写真を貸りたい」といえる人は少数派である。自分の身体に関する情報であるにもかかわらず、カルテの閲覧・謄写を求めるなどという観念がそもそも希薄である。また、閲覧・謄写を希望しても、そういうことを言えば、医師や病院に対する不信の懸念、気を悪くされて最善以下の診療を受けることになって損という打算もあってであろうか、口にしないことが多い⁽¹⁷⁾。

自己の生命・身体・健康についての情報であるにもかかわらず、患者が現在お世話になっている（わが国における医師・患者間の信頼関係と称するものはこのようなパターンリズムに基づく上・下の関係のように思える）“お医者様”に対して、「カルテを見せて下さい」などということを行い、医師がそれに対して無頓着にあっさりとカルテのコピーを渡すというような慣習は、わが国の医療現場にはなかったのである。

そもそも「カルテを見せて下さい」といわれただけで、自分に対する不信感の表現と考え、急に不機嫌になったりする医師がいる、あるいはいると思い込んで、そのような意思表示をすれば以後今までのようには扱ってもらえなくなると患者が勝手に思い込む事例が多いのではないだろうか。

実際、患者や家族が「カルテを見せて下さい」と医師や医療機関に頼んでも気持ちよく見せてくれることは少なく、コピーもくれない方が多いといわれているが、「医師会等のきまりで出せません」とルールを根拠に拒否するところが多いといわれている。このことは日本医師会の従来から方針でもあったようで、この点は日本医師会常務理事で診療情報担当の西島氏の発言からも明らかである。

西島氏の発言⁽¹⁸⁾を要約すれば、

- ① 開示の法制化に反対→医師・患者間の信頼関係を壊す
- ② 開示をしてもらえなければ医師を変えればよい→信頼関係が壊れているのだから
- ③ どうしても見たければ証拠保全手続きをとればよい。

日本医師会のこのような態度は、1995 年 9 月のバリ島宣言（改正リスボン宣言）の選択時に、棄権して今日に至っていることから、この点における国際水準からは遅れているとの批判もある⁽¹⁹⁾。

その延長線上か、日本医師会「診療情報提供に関するガイドライン検討委員会」による「診療情報の提供に関する指針」（平成 11 年 4 月 1 日、以下日医 G と略称する）は、その 3-4「診療記

録等の開示を求め得る者」として遺族を排除し、3-8「診療記録等の開示を拒みうる場合」の(3)として「前二号のほか、診療情報の提供、診療記録等の開示を不相当とする相当の事由が存するとき」と規定している。この場合に「開示を不相当とする相当な事由が存する」か否かの判断は医師の手に委ねられることになり、都道府県医師会内に苦情処理機関の設置を示唆するとはいえ、この規定はいわゆる白紙条項に近く必しも公平といえるかには疑問がある。

また、指針1「この指針が働く場合」として、「第一次的には、日常診療の中で診療情報の提供、診療記録等開示の問題を扱う。第二次的には、日常診療が継続している場合に、患者が転医し、あるいは他の医師の意見を求めたいと望んだ場合の情報提供、診療記録等開示の問題を扱う。」とした上で、「裁判問題を前提とする場合は、この指針の範囲外であり指針は働かない」と規定する。

しかし患者が診療情報の開示を望むのは、必しも裁判を前提としているわけではない。むしろ前述のように、説明された診断や予後に疑問を持ったり、医師や医療機関に対する疑念、不審が生じたときであり、むしろ真実を知りたいという人間としての素朴な要求に発していることを理解すべきであろう。

WHO ヨーロッパ会議は、1994年3月加盟36か国の参加のもとに「ヨーロッパにおける患者の権利の宣言（WHO宣言）」を採択し、医療保障制度の相違に影響されてない「共通の体系」としての「患者の権利」を確認している。

また世界医師会（WMA）は、1995年9月第47回総会において「患者の権利に関するリスボン宣言」（1981年）を全面改正し、WHO宣言とほぼ同旨の内容を含む「改正リスボン宣言」を採択したが、この改正リスボン宣言（バリ島宣言）は「情報を得る権利」の中で「患者はいかなる医療上の記録であろうと、自己の情報を受ける権利を有し、症状について十分な説明を受ける権利を有する」としている。

上記のような国際的な流れからいっても⁽²⁰⁾、患者の診療情報についての開示請求権を否定することはもはや困難というべきであろう。

(1) 開示消極説

(i) 学説・判例

学説：かつての学説は、判例とともにカルテを中心に診療情報の開示には消極的であったがその根拠とされたのは次のとおりである。

① 医師には民法645、656条に基づく報告義務があるが、これらの規定はカルテそのものの引渡し・提示ということを求めたものではなく、その方法は医師の裁量の範囲内にあるから、上記2条から直ちにカルテをそのまま開示すべき義務は生じない、とする。

② カルテの所有権・管理義務は医師・医療機関にある。

カルテのみならず、X線写真、看護記録、各種検査記録等についても、医師・医療機関に管理義務があることは明らかであり、この点については争いはない。しかし所有権については、医師・医療機関にあるともいえない。というのも、「カルテは物としては医療側に属するが、情報としては主体（患者）のもの」⁽²¹⁾とされるからである。

診療情報については所有者あるいは所有権者は存在しない。というのも、診療情報は排他的な使用・収益・処分が不可能であるからであり、この点からも診療情報について民法からのアプローチ（所有権がどちらにあるかの判断を下すこと）は困難であり、かつまたそれはあまり意味があるとはいえない。むしろ患者側からのアクセス権あるいは利用権として議論されている。

診療情報の「所有者は存在しないが、情報自体の所有が可能かどうかの議論（情報の排他的支配は不可能である）もあり、所有について議論することは実りが少なく、むしろ利用権（利用権限）として議論を進めるのが国際的な動向である」とする。

③ 法律上カルテの閲覧を認める明文の規定はない⁽²²⁾。

判 例：『医療契約を一種の準委任契約と解し、民法 656 条の法意に基づき、患者から請求があれば特段の事情のない限り、診断の結果等について説明・報告する義務があるが、診療録そのものを当然に示す義務やその記載すべてを開示する必要はないとした事例』（東京高裁昭和 61・8・29 判決・判例時報 1208 号 85 頁）。A 国立病院で慢性肝障害のため試験薬であったインターフェロンの治験投与を受けた患者の X は、投与開始 1 か月後自己の病状を知りたいと思って、診療録・検査記録・看護記録等の閲覧を申し入れたが、病院側はこれを拒否した。なお X と病院との間でインターフェロンの使用には医学上確認されていない医療行為をすることも含まれ、そのために予期しない結果が発生しても国（Y）は免責されるとの特約（免責約款）が結ばれていた。

X は、第一に一般的な診療契約そのものに基づいて、第二に本件診療契約の特殊性に基づいて、それぞれ診療録の閲覧を求め得ると主張した。

これに対して判決は、診療契約を一種の準委任契約と解したうえで、民法 656 条の法意に基づき、患者から請求があれば特段の事情がない限り、診断の結果、治療の方法及びその結果等について説明・報告をする義務があるとしたが、診療録そのものを当然に示す義務やその記載すべてを開示する必要はないとした。

さらに医師が診療録の作成を義務づけられていても、そのことから右閲覧請求権が認められるわけではないが、また一方、医療事故の発生等が問題とされている場合には事情は異なるとする。次に本件の診療契約は特殊なものであったが、そのことから医師の説明・報告義務がより詳細になるとしても、それだけから診療録そのものを X に示さなければならないとまではいえないと

している。

(ii) 開示によるマイナスの懸念

しかし上述のような学説・判例は、今日の情報化社会の急激な進展や医事法学の分野における理論、とりわけ診療情報をめぐる理論の深化により、診療情報開示を認めつつも、なお開示についてのマイナスの懸念は医師側に根強く存在するが、それら主張のうち主なものは次のとおりである。

① 診療情報をそのまま開示しても、医学に素人である患者には、略語やドイツ語、英語の混在するカルテの理解は困難であろう。

② 医師が一人の患者に対応する時間はきわめて限られており、患者が理解できるようなカルテを書く時間などなく、どうしても簡略化されカルテの質の低下をもたらす。

③ 医師が（開示積極説の説くように）要求されるようなカルテを作成するとすれば、そのコストはどうするのか。またそのカルテの管理・保管・チェックを医療機関のどの部分が担当するのか。そのための専門職（診療情報管理士など）も必要となるが、その費用はどうするか。

④ 医師が自分の判断が不確定であることが多いことを患者に知られることへの不安

⑤ 治療効果へのマイナスの懸念 悪性腫瘍、精神疾患、遺伝性疾患等の患者に対する開示は、症状や治療内容等につき十分説明したとしても、患者本人に心理的な悪影響を与え、その結果治療効果にも悪影響を及ぼすとの主張がある。

⑥ 患者や家族などに社会的不利益を与えることがある。かつての水俣病、ハンセン氏病、エイズ等の場合のように、病名や疾患を知られることで、社会的に著しい不利益を蒙り患者や家族などが差別されたことは我々の記憶に新しいところである。

⑦ 正直な意見や大胆な仮設などは書きにくくなり、カルテの記載はどうしても防衛的・形式的になり勝ちで、悪くすれば二重帳簿化するおそれさえあり、かえって患者に不利益となる可能性がある⁽²³⁾。

⑧ 医師と患者の間の信頼関係を損なうおそれがある。

⑨ 医学的判断の不確実性が明らかになることで患者の信頼を損なうおそれがある⁽²⁴⁾。

(2) 開示積極説

学説：診療契約に基づき受任者である医師は民法 645 条によりその結果顛末を受任者に報告する義務がある⁽²⁵⁾が、診療行為は医師と患者が相互に信頼し協力をしてはじめてより良き成果をあげ得る共同関係にある。

したがって診療行為の継続中はもとより、診療関係の終了後も、委任者である患者側からみて、医師がその診療契約上負担する善管注意義務を果たしたかを客観的に判断しうる資料として、診療

録の提示を要求しうる地位を患者に認めるべきではないか。

前掲1の開示消極説のかつての学説・判例にみられたように、その多数はどちらかといえば診療情報の開示には消極的であった。

その代表的な見解としては、伊藤検事の論文があり多少長いが引用する。

伊藤検事はその論文中で診療録の閲覧請求権について、「…つまり、診療録は、第三者に読ませるための文書というよりも、まず第一に記載者たる医師等のメモとしての文書⁽²⁶⁾であるという本質をもっている。しかし、他面、診療録は、医師法や医療法等の取締法によって、監督庁に提示する義務が課せられるようになったことからすれば、まったく医師個人ないし病院内でのみの内部文書とはいえず、監督庁に対する報告文書としての附随的な性質を持つものといえよう。しかし、そうだからといって、診療録は医師が患者に対する関係において、患者に見せるためといった意味での報告文書たる性質までも保有するものでは決してありえない。よしんば、素人の患者自身がそれを読んでも理解できるような内容の記載がなされていないのである。⁽²⁷⁾」

また「医師は病状、診療行為等の説明、指導等にあたり患者の医師に対する態度を十分理解したうえで、適切な方法で説明しなければならない」としながらも、「診療録は、患者のために大きな価値をもつものであるにもかかわらず、患者自身がこれを所持するなり、閲覧するようなことを明定する法規定もなければ、病院内の慣行・慣習もない。また、今後もそのような方向にすまないと推測される。⁽²⁸⁾」とされているが、このような見解がかつての通説と考えられる。

しかし、近時の国民の医療や人権に対する意識の高まりと、情報化社会の急速な進展により、患者の権利⁽²⁹⁾を背景にした診療情報の開示請求は急速にその力を増しつつある。

そのような診療情報開示を促進し支える権利概念は

- ① 患者の自己決定権
- ② 患者の自己情報コントロール権であるとされている。

(i) 患者の自己決定権

医療における患者の自己決定権は学説・判例を通じて広く認められていて、今日これを否定するものはほとんどない。

そもそも自己決定権は英米法における患者の承諾を得ない治療は民事上の責任だけでなく、ときに刑事責任も発生させるという、いわゆる informed consent の法理を源とする。

この法理から、今日でも先例としてしばしば引用されるカードーゾ判事（米連邦最高裁判所）のシュレンドルフ事件での次のような判示により患者の自己決定権が確立されたとされている。

「成年に達した、健全な精神をもつ人間であれば、自分自身の体に対し、何がなされるべきかを決定する権利がある。このことは患者に意識がないか、同意が得られる以前に手術を行う必要がある緊急の場合を除いて、いえることである。⁽³⁰⁾」と判示し、はじめて患者の自己決定権を認

めたとされている。

この判決は、患者の自己決定権行使のポイントが患者の同意にあるとした点では画期的であったが、同意の前提として当然なければならない医師の説明についてはふれていない点ではまだ不十分とされた。

その後の判決⁽³¹⁾で informed consent という用語が用いられ、さらにカンザス州最高裁判所の判決⁽³²⁾により、informed consent の法理としてほぼ確立されるようになったといわれている。

その後アメリカの裁判所は、法的・倫理的解釈に支えられて informed consent という法律上の理論をしだいに詳細にわたって発展させてきたのである。

わが国においても、エホバの証人の輸血拒否をめぐる訴訟で、輸血の方針につき説明をしないで手術をし、かつ輸血を強行した医師に対し（患者はあらかじめ輸血を拒否する旨の申入れを病院に対してしていた）、患者が輸血を伴う可能性がある手術を受けるか否かについて意思決定をする権利を奪ったものであり、人格権侵害として民法 715 条に基づく不法行為責任を認め、患者の輸血に対する自己決定権を肯定する最高裁判決がある⁽³³⁾。

このように、「よりよい効果をもたらす医療は、一方的に提供されるものではなく、患者が自らの病気の内容、治療方針につき理解することにより、医療従事者と患者が情報を共有し、患者の自己決定の尊重及び相互の信頼と協力に基づいて、共同して病気を克服する…⁽³⁴⁾」としているのも上記のような自己決定権を前提としてのものであろう。

(ii) 患者の自己情報コントロール権

もともとプライバシーの権利（Right to be let alone）に端を発し、それが自律権の保障として展開し、公権力の私生活への介入の排除という面だけでは不十分で、情報化社会の進展とともに、積極的に国家に対してプライバシーの権利の保障を要請する請求権的側面が必要であることから、政府による個人情報（記録）の収集等の公権力による情報の収集に対して、個人がそれらの情報のコントロールをする権利を保障するために自己情報コントロール権としてのプライバシーの権利が主張されてきたのである。

換言をすれば、プライバシーの保護や自己決定権についての社会や国民の意識の変化により、他人が収集した自己に関する情報の内容を知ること及びその内容をコントロールする権利を本人に認めるべきである、とするものである⁽³⁵⁾。

したがって、(i)は informed consent を中核とする自己決定権であるのに対して、(ii)の診療情報についての自己情報コントロール権は、患者が自分の診療情報にアクセスする権利と第三者等に患者が自分の診療情報を知られない権利という二つの側面を有する⁽³⁶⁾。

3. 診療情報開示の対象者

診療情報の開示を請求しうる者が誰かについては見解が分れる。

しかし、これまで述べてきたように、開示は不可避といってもよいが、開示の対象者は誰か、どこまで開示しうるか（開示の範囲）も問題となる（後述）。

ここでは対象者を(1)患者本人（または代理人）、(2)遺族、(3)第三者に分けて、以下の五つの報告書（指針）を中心に検討する。

① 「カルテ等の診療情報活用に関する検討会報告書」（平成 10 年 6 月 18 日）平成 9 年 7 月に厚生省健康政策局長の私的諮問機関として、「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会」が森島昭夫教授を座長とした 13 名のメンバーによって設置され、診療情報の開示の法制化を提言している。以下検討会報告書を森島 R と略記する。

② 「日本医師会・診療情報の提供に関する指針」（平成 11 年 4 月 1 日）日本医師会「診療情報提供に関するガイドライン検討会」による「診療情報の提供に関する指針」以下日医 G と略記する。

③ 「都立病院における診療情報の提供に関する指針」（平成 12 年 4 月 1 日より施行）以下都立 G と略記する。

④ 「国立大学病院における診療情報の提供に関する指針」（平成 10 年 12 月 11 日）以下文部省 G と略記する。

⑤ 「国立病院等における診療情報の提供に関する指針」（平成 12 年 6 月 7 日）平成 10 年 12 月より審議が重ねられてきた厚生省の「国立病院等診療情報提供推進検討会議」に上記指針が報告され、同年 7 月に厚生省所管の国立病院、国立療養所、国立高度専門医療センターなど 218 施設に通知され、遅くとも 2001 年 4 月から実施される予定とされた。以下厚生省 G と略記する。

(1) 患者本人（または代理人）

① 森島 R：患者本人には当然に認めるが、問題は本人の判断能力が不十分な場合（痴呆症の人や、未成年者など）であるが、診療情報の提供を求めることは本人の不利益になる行為ではないので、本人が情報提供を求めた場合、対象者とすべきである、とする。しかしここで対象とするのは、診療情報の開示をするかどうかだから、判断能力が不十分な者に開示をすることが、常に本人の不利益にならないといい切れるかは疑問である。

代理人については、その対象を厳格に考えるべきであり、本人の同意がある場合及び本人に自分の治療について理解、判断能力が欠けている場合であって、本人の健康状態に密接な利害関係を持つのみならず、治療について本人に代わって判断、同意をなし得る者に限定するべきである、

とする。そして代理人であることの確認は厳格に行う必要がある、としている。

② 日医 G：患者本人が成人で判断能力がある場合は患者本人に開示を認める。

患者に法定代理人がある場合は、法定代理人。ただし、満 15 歳以上の未成年者については、疾病の内容によっては本人のみに請求を認めることができる。

また、患者本人から代理権を与えられた親族、患者が成人で判断能力に疑義がある場合は、現実に患者の世話をしている親族およびこれを準ずる縁故者も（代理人として）認める。

③ 都立 G：原則として患者本人である。患者本人以外の者としては、⑦成年被後見人の法定代理人（筆者注 成年後見人のことか）、④未成年者の法定代理人、⑦実質的に患者の care を行っている親族又はそれに準ずる者、ただし、上記④、⑦の場合は、患者が満 15 歳以上で、合理的判断ができない状態にある場合を除き、当該患者の同意を必要とするものとする、としている。

④ 文部省 G：患者本人からの申請に基づき患者本人への提供を原則とする。ただし、本人であっても提供できない場合として、患者が合理的判断ができない状態にある場合、患者への診療情報の提供が当該医療機関の医療従事者を除く第三者の不利益になると考えられる場合、医学的見地から診療情報を提供することが患者の不利益となると考えられる場合の三つの例外を付記する。

なお「国立大学付属病院における診療情報の提供に関する指針（ガイドライン）の作成に当たって」によれば、患者本人であっても診療情報が提供しないことがある例外につき、その理由をさらに付記する。

第一の例外の患者が合理的な判断ができないというのは、患者自身が疾病や治療について理解や判断ができない場合を指し、民法でいう意思能力（事理弁識能力）を欠く状態といっていよう。第二の例外としては、例えば、悪性疾患の患者に対し家族にのみ説明を行っている場合、患者自身が病気であるという認識が薄いため、家族や周囲の人々が患者の病状等について医療提供者に対して情報を提供している場合に、患者自身に診療情報を提供することによって、患者とこれら第三者の人間関係が悪化したり、第三者の利益を損なうことが懸念される場合をあげている。しかしこれは精神疾患患者にあてはまるが、癌などの悪性疾患の患者にはあてはまらないのではないか⁽³⁷⁾。第三の例外の場合としては、医学的見地から診療情報を提供することが治療効果に悪影響を及ぼしたり、患者が社会的に不利益になると考えられる場合をあげている。

⑤ 厚生省 G：患者本人を原則とするが、患者本人が指名した親族又はそれに準ずる者も認め、患者が自分の診療について合理的な判断ができないと認められる場合には、法定代理人及び実質的に患者の世話をしている親族又はそれに準ずる者も認める。なおここでいう親族とは民法 725 条の親族を指し、「それに準ずる者」とは、内縁の妻など民法 958 条の 3 の特別縁故者となっている。

(2) 遺 族

① 森島 R：「医療従事者と患者が情報を共有し、患者の自己決定の尊重及び相互の信頼と協力に基づいたよりよい医療を行うという観点から、今回の検討の対象とはしなかった」とし、遺族を診療情報の提供の対象外としている。

② 日医 G：開示請求権者として遺族は排除されている。さらに付則の「指針の実施にあたって留意すべき点」の「指針 1-1 関係・1 この指針が働く場合」の中で、「裁判問題を前提する場合は、この指針の範囲外であり指針は働かない」として間接的にだが遺族は排除されている。しかし、遺族が診療情報の提供を請求するのは、患者本人の死亡に際して、遺族がその死因等に関して医師や医療機関に疑念・不審が生じた時である。しかし、このような状態にある遺族が診療情報の開示を求めるのは、患者の死因等について疑念をはらし不審を明らかにして真実を知りたいと強く希望しているのであって、最初から裁判を前提しているわけではない。むしろこのような指針により遺族の診療情報開示を門前払いすることは、かえって訴訟の提起の方向に患者を導く指針となりかねない、と思われる。

③ 都立 G：遺族は対象外である。診療情報の開示につき、上記三つのガイドラインでは、「診療情報の提供の対象者」（森島 R）、「診療記録等の開示を求め得る者」（日医 G）、「診療情報を提供する対象者」（文部省 G）とあるのに、都立 G は「診療情報の提供を申し出ることができる者（申出者）」と明記し、ワンクッションおいた規定の仕方をしている。

なお同指針 5 診療情報の提供の手続 (6)では「申出者が、病院が保有する診療情報を病院外へ持ち出すことを禁止する。」(7)では「個人情報の秘密保持の観点から、申出者に対し、自己の責任において、当該情報の管理を慎重に行うよう注意を喚起するものとする」旨規定している。

しかし、指針のこのような規定は、(6)については、(4)の「診療情報の提供は、閲覧及び口頭による説明によることを原則とする。ただし、申出者の求めがあれば、診療情報に代わる要約書を作成して交付することも差し支えないものとする」との関連で診療録をコピーして持出すことは禁止されているようだし、サマリーの交付は認められているとしても、この持出しも禁止されていることになる。閲覧や口頭による説明を遺族がメモを取るにしても限度があり、かつまた(6)を文字通りに解釈すれば、メモの持出しも禁止されることになり、診療情報開示についての都立病院の従来の対応の姿勢にはいささか問題を残すところであった。また(7)についてもほぼ同様であり、申出者に対し情報の管理につき個人情報の秘密保持の観点から注意を喚起するが、申出者が本人であれば秘密保持につき問題になるところはなく、代理人についてもほぼ同様であり、結局は自己責任に帰するところである。

④ 文部省 G：指針では診療情報を提供する対象者からは遺族は排除されている。ただし、「国立大学付属病院における診療情報の提供に関する指針（ガイドライン）の作成に当たって」

Ⅱ 検討された課題 3「診療情報を提供する対象者について」では、「患者の遺族に対する診療情報の提供は、開かれた医療を推進していくためには重要であるとの認識を持っている。しかし、本ガイドラインによる医療の質の向上を目的としているので、ここでは扱わないこととする。今後、遺族に対する診療情報提供に関しては、何らかの方策を講じていくべきであるであろう」⁽³⁸⁾と提言している。

なお、その後の新聞報道によると、2001年3月29日、国立大学医学部付属病院長会議の作業部会は医療事故防止のための最終報告書をまとめたが、今回の報告書では「カルテは原則として開示されるべものとし、医療事故にあった患者側と病院の見解が対立するような場合でも、拒むべきでないと記された。遺族もこれに含まれる⁽³⁹⁾」として、診療情報提供対象に遺族を含めるとの見解を明らかにしている。

⑤ 厚生省 G：国立病院などのカルテ開示（2001. 3. 30 朝日新聞朝刊）のあり方を検討していた厚生省の検討会議は6月27日、「開示対象者を本人だけでなく、申請期間を限って遺族も対象とするとの指針を決めた。すでに策定された文部省 G や日医 G では、遺族は開示対象から除外されているのに比べ、患者側の『知る権利』に一步道を開いた形だ。厚生省所管の国立病院や療養所に限って適用される指針だが『時代のニーズにこたえた』（厚生省）とする決定は、カルテ開示を進める医療現場に影響を与えそうだ。厚生省は、来月初めにも指針を国立病院など218施設に通知し、遅くとも来年4月から実施するよう求める。指針は、カルテ開示は『医療従事者と患者の信頼確保や国民的なニーズにこたえることが目的』と記載。原則として患者本人や患者が指定した親族、法定代理人らが、診療を受けている期間中に請求。過去五年にさかのぼって、カルテや看護記録、処方せん、検査記録などを開示請求できる。治療の悪影響が懸念されるときや、患者以外の第三者の権利を損う恐れがあると判断されたときは、非開示にできるとした。

遺族を開示対象とするのは、患者本人が死亡してから六十日以内に申請があったもの。主治医が必要と判断したときには、院内の関係者でつくる『開示委員会』に諮る。開示する内容や範囲、方法が検討されたうえで、院長が開示できるとした。患者本人への開示でも、閲覧を原則とし、コピーを求める場合は委員会に妥当性を諮ろとしている」⁽⁴⁰⁾

(3) 第三者

① 森島 R：「診療情報は個人情報に当たるもので、その提供には権利侵害を伴う可能性があり、守秘義務との関係もあることから、その対象範囲を厳格に考へるべきであり」としたうえで、「教材の作成、ジャーナリズム、福祉のための利用等本人と直接の関係を持たない者に対する情報提供については、本人（本人の判断能力が不十分である場合は、本人に代わり得る者）の同意があった場合を除き、個人情報のままこれを行うことは認められない」⁽⁴¹⁾とする。

したがって、森島 R によれば「本人（本人の判断能力が不十分でうる場合は本人に代わり得る者）」の同意があれば、第三者も診療情報の開示を求め得ることになる。

② 日医 G：診療記録等の開示を求めることができる者としては、その対象外とされているが、同指針 4 医師相互間の診療情報の提供 4-1 医師の求める診療情報の提供に a)「医師は、患者の診療のため必要があるときは、患者の同意を得て、その患者を診療した若しくは現に診療している他の医師に対して直接に、検査記録等の診療情報の提供を求めることができる。b)前項の求めを受けた医師は、患者の同意を確認したうえで、検査記録等の診療情報を提供するものとする⁽⁴²⁾、とあるから、医師相互間の診療情報の提供は認めるが、それ以外の第三者に対する診療情報の提供は認められないことになる。

③ 都立 G：診療情報の提供を申し出ることができる者から、第三者（遺族と同様に）は排除されている⁽⁴³⁾。

④ 文部省 G：本指針は、2「提供する診療情報の範囲」のただし書後半で「…診察に伴う教育・研究に関する情報については、提供する診療情報の範囲に含まれないものとする」として、診療情報の範囲の面から診療に伴う教育・研究に関する情報は除外されているから、結局、診療情報を提供する対象者から第三者は排除されているが、「教育・研究に関する情報」であれば、第三者に提供することは例外として認められていることになる⁽⁴⁴⁾。

⑤ 厚生省 G：診療情報提供の対象者として患者本人のプライバシー保護という原則から、家族や親族であっても患者本人の指名のない者、その他友人、勤務先、保険会社等は診療情報提供の対象外とする。さらに、開示の例示として、患者本人以外の対象者からの開示請求で、本人が開示を希望しない場合、または開示が患者の利益に反すると認められるとき、開示が適当でないと認める相当の理由があるときを挙げている。

したがって、第三者は開示の対象者としては例外としてでも認めていないようであり、本人以外で開示の対象者になり得るのは、家族や親族に限定されているようである。ただし、そうであっても、非開示とされる場合の理由となっている「患者の利益に反すると認められる」「開示が適当でない」という二つの根拠は、いずれも当該医療機関が判断することになるとすれば公平を欠くことになるので、この点につき第三者機関等の意見が開示の是非の判断に影響力を及ぼすような制度が望ましい。

(1) 患者本人（または代理人）については、

①～⑤を通じて、判断能力がある限り本人が原則であり、本人以外の代理人については厳格に考える傾向である。すなわち、本人の健康状態に密接な関係があり診療についても本人に代わって判断・同意をなしうる者（親権者・配偶者・後見人）に限定すべきであり、代理人であること

の証明についても厳格である。また、③都立 G ④成年被後見人とは成年後見人であろうし、また、エ として、任意後見人を追記すべきであろう。

(2) 遺族については、原則として遺族を排除し、④文部省 G のみは例外的・限定的に遺族への開示を認めていたが、全体として開示の方向にあることは否定できない。

もとより遺族への開示は、診療過程での開示はあり得ないから診療終了後の開示のみとなる。しかし、遺族の排除について、直接的であるにせよ間接的であるにせよ、非開示につきいずれもあまり説得力のある根拠はみられない。

前述（〔IV〕の2.参照）の日医 G3-4「診療記録等の開示を求めうる者」で遺族を排除し、さらに指針 1-1 関係 1 で「この指針が働く場合」で、「裁判問題を前提とする場合は、この指針の範囲外であり指針は働かない」としているのは、むしろ訴訟に持ち込むきっかけになりかねない等を考えれば不適切な規定といえよう。

第一に、遺族自身の自己情報コントロール権からいっても、また患者本人の自己情報コントロール権の承継という観点からいっても、第二に個人情報保護条例等による診療情報開示も、相続人による請求を本人の請求として開示を認める自治体（茨城市、川崎市など）も増加の傾向にある、第三にレセプトについても、平成 9 年 6 月 25 日から遺族にも開示が認められるようになったこと、第四に例外的・限定的であるにせよ、文部省 G や厚生省 G などでも遺族への開示を認める傾向にあること、などの理由から、なるべく早く遺族への開示を認めることが望ましい。

しかし、以下の事例でも④、⑤、⑥、⑧、⑪などの事例では、法の規定や社会的要請によって患者の同意は必要とされないであろう。

(3) 第三者の診療情報開示の請求は、患者本人（または代理人）の場合、プライバシーの権利を基礎とする自己決定権と自己情報コントロール権を根拠とするものであり、遺族もこれに準じて考えられる。

しかし第三者の場合には、患者を軸として自己情報コントロール権の立場から考えると、患者が第三者に自分の診療情報を知られない権利として働くから、個人情報保護の立場から第三者への開示は原則として禁止、例外としていかなる場合に認めるかになる。ただ、確かに患者本人についての診療情報であるから第三者への開示は原則禁止、例外として認めるには本人の同意・承諾を必要とすることになるが、開示は本人の同意・承諾があった場合に限ると限定するのは疑問がある。

それは、そもそも医療制度そのものが、国民の生命・健康の保持を目的としているというだけでなく、高度の専門的知識や経験を有する医療従事者がその職務上作成した記録が診療情報で

あること、診療情報は、患者の身体的状態に関する記録、治療措置などについての報告など患者についての客観的記録である部分（客観的部分）と、それらの客観的情報に基づいた医師の主観的かつ個人的評価と判断の部分（主観的部分）とに分けることができ（後述）、とくに後者は医師が自分の知識・経験に基づいて創り出した産物だということもできることなどからも、とりわけ前者についてであれば、伝染病に関する情報、投与された薬物の副作用情報、遺伝子診断・治療などに関する情報などのように国民生活に重大な影響をもたらすものであれば、その公共性の見地からも、たとえ患者本人の情報開示の拒絶という意見表示があったとしても、何らかの公的コントロールに服すべきであろう。

ただし、このように国民の生命・健康の保持やその目的に寄与する医学研究のために患者のデータを利用する場合には、その患者の治療に無関係の情報であっても、データの匿名化など患者のプライバシーに対する十分な配慮が要請されよう。したがって、以下の事例でも④、⑤、⑥、⑧、⑪などの事例では、法の規定や社会的要請により患者の同意を必要としない場合もある。第三者への開示でも、原則非開示にもかかわらず開示が認められる第三者、あるいは第三者に対して開示が認められる事例としては、以下のようなものが考えられよう。

- ① 医学部学生・研究医等に対する教育のため
- ② 基礎研究や医師に対する臨床研究目的のため
- ③ 治験等で問題が発生した症例があった場合
- ④ 保険診療の請求内容に疑問がもたれると監査のために診療録等の提出が必要
- ⑤ 高額医療の症例での中央審査の際の診療内容のコピーの提出
- ⑥ 介護保険の導入により介護する者も診療情報を被介護者と共有する必要がある
- ⑦ 交通事故等で加害者や損害保険会社から請求された場合
- ⑧ 警察・検察庁あるいは裁判所からの診断書その他の診療情報の請求
- ⑨ 患者が勤務する企業からの請求
- ⑩ 本人が通う学校等からの請求
- ⑪ 行政機関への届出が法令により義務づけられている場合

②の研究目的としては、病院内での検討会等での患者の死亡原因の検討等があり、さらにもう少し広い範囲で医学界、あるいは社会全体のための利用としての論文等の作成のための資料として、さらには学会発表のためなど診療情報の開示が必要とされる事例は数多い。具体的には、臓器移植のための臓器提供者に関する情報はできるだけ詳細に移植に関係する医師・医療機関等を開示する必要があるが、他方では患者のプライバシーについては、できるだけ匿名化して厳格に守られなければならない。

また院内感染での患者の感染症に関する情報も、院内の患者・医療従事者の感染防止のために

必要であろう。

⑥については、たとえば被介護者の安全を守るために、介護のメンバーは診療情報を共有する必要がある。被介護者がメチシリン耐性黄色ぶどう球菌（MRSA）に感染した場合、感染したことを開示しておかなければ、手洗い等の消毒を入念に実行することが行われないうい、菌が付着した衣類を他の洗濯物と一緒に洗う危険性もあるなどから開示の必要性が認められる事例であろう。⑪は、医師に患者に関する一定の診療情報を（患者の同意にかかわらず）、行政機関に届け出る義務を課しているエイズ予防法や感染症予防法などがその例である。

《注》

- (1) ジュリスト 1142 号 64 頁
- (2) 伊藤「診療録の医務上の取扱いと法律上の取扱いをめぐって（上）」ジュリスト 294 号 37～38 頁、田村編「診療録の書き方」木村執筆『なんのために書くのか』22～27 頁。
- (3) 稲垣「医事訴訟と医師の責任」189 頁
- (4) 森「カルテ等記載と事実認定についての判例研究」判例タイムズ 987 号 66 頁以下、
- (5) 水沼「カルテ記載内容の証明力、提出命令」判例タイムズ 686 号 103 頁
- (6) 一宮「診療録の記載と事実認定」根本久編・医療過誤訴訟法・裁判実務大系 17 巻 13 頁
- (7) 奥平「歯科医療」判例タイムズ 686 号 120 頁
- (8) 中村「診療録開示と診療契約」年報医事法学 14 号 20 頁
- (9) 福田「診療録の目的と開示」年報医事法学 14 号 72 頁
- (10) 筋「診療記録の閲覧権めぐって」年報医事法学 1 号 83 頁以下
- (11) 埼玉医大付属病院ではカルテ、看護記録、レントゲン画像などを開示対象とする（1999 年 6 月 2 日朝日新聞朝刊）、「厚生省によると電子カルテは全国約五十の病院で導入、または準備中という。医療現場の試みが先行する中、カルテ開示の流れはもはや止められないという点で関係者の見方は一致している。」（1999 年 11 月 21 日朝日新聞朝刊）、筑波大学付属病院が「カルテ非開示再考も」として診療記録を患者や家族に開示する手続を定めた学内規則を作り、4 月 1 日から運用を始める（2000 年 3 月 17 日朝日新聞朝刊）。厚生省は国立病院など「カルテ、遺族に開示」との指針をきめ、「遺族に対しても、患者本人が死亡してから 60 日以内に申請があったもの」で主治医が必要と判断したときは院内の「開示委員会」に諮る（2000 年 6 月 28 日朝日新聞朝刊）、国立大病院長会議作業部会で 3 月 29 日「訴訟前提でもカルテ開示」を決める（2001 年 3 月 31 日朝日新聞朝刊）などその他多数。なお国立大病院長会議作業部会の決定は、カルテ開示に対する日本医師会のガイドラインとの比較においてきわめて対照的である。
- (12) 患者は血流がよどんで塊ができやすい心臓疾患で通院し抗凝血剤を服用。94 年 7 月、心臓の不調を訴え受診、検査は異常はなかったが主治医（内科部長 47 歳）から勧められて入院、心臓カテーテル検査を受ける。ところが、新任の看護婦が検査後止血措置を間違い、患者は太ももから大量出血、止血剤が投与されたが、それが原因の肝機能障害により抗凝血剤は使用不能となり、8 月に二度脳梗塞をおこし危篤。家族が主治医に「脳の CT を初診以来撮っていないのはなぜですか」と恐る恐る尋ねると、主治医は突然いすにあぐらをかき、「CT はただじゃないんだ」「おれは気が短い。そんなことをいうなら放っておけばよかった。そうすれば即死だ」と怒鳴り、カルテを机にたたきつけた。その後主治医の回診は減り、病室も別の患者が死んだ後の部屋を転々とさせられた末、亡くなった」（2000 年 8 月 13 日毎日新聞朝刊）。このような事例は極端な例だろうが、かなりの数の患者が上記ほ

どではなくても、これに近い経験をしているようである。

- (13) 「Yさんの場合、不眠症やうつ病になり、心療内科にかかった時期がある。今のカルテは患者が読むことを意識してかかれていないから、『(病気ではなく)心理的な要因による症状と考えられるので、弱い薬を(大変よく効く薬ですと言って)出したら良くなった』というような率直な記述もある。Yさんがこれを読んだら不安や不信感を募らせるかもしれない。医師会が、開示を拒める理由の一つには『患者本人の心身状況を著しく損う恐れがある場合』を挙げているが、そういうケースが実際にあることは、医療現場に身を置くと理解できる」(武山ゆかり、医療ソーシャルワーカー、2000年1月24日朝日新聞朝刊)
- (14) 「患者さんやその家族が予期しなかった不幸な結果に直面した場合には、当然訴訟が提訴される可能性が高くなる。しかし不幸な結果になった症例のすべてが訴訟になるわけではなく、多くの例ではその他に別の因子が働いている場合が少なくない。すなわち不幸にして起きた結果に関して医師が自ら誠意を示して十分な説明をせず、『あとは医師会に処置を任せてあるから』などと逃げの姿勢を示し続けたり、最初から治療・処置に関して納得のいく説明をしていなかった場合に、後になって訴訟が起きる例が多い。著者(筆者注我妻氏のこと)の専門領域では分娩経過中に助産婦や看護婦がほとんどケアをしないで陣痛室に独りで放置されたり、医師が入院中に一度も診察に来ないで出産の時に突然現れたような例で不幸を招いたりすると訴訟になりやすい」(我妻「医療過誤訴訟と鑑定」法律時報73巻3号1頁)。
- (15) 突き指によるPIP関節の骨折見落しで、手術の時期を失したD・福岡記念病院事件において、3週間の間に、初診の当直医1名と外科の常勤医2名が診察にかかわっているが、3名の間では直接何の連絡も行なわれず、かつカルテの記載文言を後の医師が理解しないまま漫然と医療行為を継続した。「整形外科医であるM医師が(当直医であった)Y医師の記載したカルテの内容が正確に判断できず、X線写真がやや斜位撮影のため不正確であるにもかかわらず、同医師の診察と治療について専門医として再検討を十分に行うことなく診療」したこと、「この間、本件全証拠によっても、M医師と(外科部長の)B医師との間で何らかの連絡、指導がなされた事実が認められない」ことはいずれも「不適切な診療」と判示する(福岡地裁昭和64・4・20判決・判例時報1342号107頁)。
- (16) 「国の行政機関などが保有する個人情報の保護法制を検討してきた総務省・研究会の審議を取りまとめた『中間整理』の内容が27日、明らかになった。医療や教育分野について『開示請求の対象とする』と初めて明記したほか、マニュアル情報も対象に含めることを求めた。中間報告は31日に発表される…中間整理は今年4月に設置の総務省政務官の諮問機関『行政機関等個人情報保護法制研究会』の議論を取りまとめた。今後の保護法制として①診療記録や指導要録など医療・教育分野も開示請求の対象に含める…総務省は研究会が9月下旬にまとめる最終報告を受け、個人情報保護法(1988年制定)を全面改正する作業に入る。」(2001年7月28日毎日新聞朝刊)。
- (17) 光石「医療記録の閲覧・謄写請求の現状および問題点」ジュリスト1142号43頁
- (18) 2000年7月16日朝日新聞朝刊、2001年1月9日毎日新聞朝刊
- (19) 日比野「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会報告書を読んで一法制化に際しての注文」ジュリスト1142号35頁
- (20) 「医療情報の開示を求める国際的な世論は訴訟対策のような次元の問題ではありません。医療の在り方の根本的な転換こそが求められているのであり、日本の医療界も早くそのことに気づき、情報化社会における新しいプロフェッションとして患者の人権を尊重して患者とともに歩む方向へ大きな一歩を踏み出してほしいものです。」(池永「患者の権利」改訂版・補注・医療記録開示法要綱案の提唱とその後の展開について181頁)。
- (21) 山田「ヘルス・インフォメーションは誰のものか」年報医事法学12号41頁、また医療情報について、ここでは「所有者」は存在しないが、情報自体の所有が可能かどうかの議論(情報の排他的支配

は不可能である)もあり、所有について議論することは実りが少なく、むしろ利用権(利用権限)として議論を進めるのが、国際的な動向である(中村「医療情報のプライバシー」年報医事法学 12 号 79 頁)。情報は他の財産権のように、排他的な使用・収益・処分(民法 206 条)が不可能だから、アクセス権としての議論が妥当であろう。

- (22) 同旨・前掲伊藤(下) 41 頁以下, 中野「過失の推認」113 頁, 遠藤「診療録保全申立事件」医事判例百選 95 頁, 畔柳「医療事故訴訟提起前の準備活動」新・実務民事訴訟講座 5 巻 189 頁, 前掲中村 21 頁, その他多数
- (23) 前掲光石 47 頁
- (24) 同上光石 46 頁
- (25) 民法 645 条は委任条約における受任者の報告義務として「受任者ハ委任者ノ請求アルトキハ何時ニテモ委任事務処理ノ状況ヲ報告シヌ委任終了ノ後ハ遅滞ナク其顛末ヲ報告スルコトヲ要ス」と規定している。
- (26) 前掲伊藤(下) 41 頁
- (27) 森田「医療記録開示の現状と課題—自己情報コントロール権からの検討」年報医事法学 14 号 42 頁は次のように述べている。「医師の多くは、診療録は備忘録的なものだから見せられない」などと平然と述べる。しかし、診療録は医師法によって作成保存が義務づけられており、各種証明書の原本としての性格を持つし、行政上も司法上も高い証拠価値があるのであって、メモに過ぎないと思っていましたではすまされるものではない。
- (28) 前掲伊藤(上) 49, 48 頁
- (29) 2001 年 7 月 7 日付の朝日新聞朝刊(毎日新聞同日朝刊もほぼ同様)によれば、東京都は 7 月 6 日都立 14 病院に適用する「患者権利章典」を制定した。患者の権利に関する理念を掲げたもので、都道府県がこの種の統一した章典を作るのは全国初という。

従来からの診療情報開示等に対する東京都の対応は、きわめて消極的かつ不適切な側面があったと批判されていた。たとえば、2000 年 8 月 7 日付の毎日新聞朝刊によれば、「謝罪避け、見解述べず、資料は見せない 医療事故 都が情報隠し手引 14 病院で使用」の見出しの下に、「東京都が都立病院に対し、医療事故が起きた際の患者、遺族への対応マニュアルで『事故の謝罪は避け、決定的なことは言わない』『事故の説明では病院側の手持ち資料を患者側に見られないように机と机との間の距離をとる』などの指針を示していたことが 7 日、分かった。都内の弁護士グループは『病院の保身を図る内容で、患者本意になっていない』と近く改善を都に申し入れる。都も不適切な部分があったことを認め、見直しを始めた。

問題とされた『医療事故・医療紛争予防マニュアル』は 1990 年に『医事紛争防止の手引』として作成された。98 年に改訂され、現在 14 の全都立病院で使われている。…『医事紛争が起こったら』の章では、患者側への説明時の対応について『医師や看護婦等現場にいた者が個人的見解を患者に話すことは絶対に避けろ』などと記している。留意点として『椅子はソファ等姿勢の崩れるものは避ける。姿勢が崩れると緊張感が緩み、時間が長引きがち』と念を押す記述がある。」

しかし、その後東京都はこのような見解を改め、2001 年 7 月 6 日に都立 14 病院に適用する「患者権利章典」を制定し、①だれでも良質な医療を公平に受けられる、②自分の診療記録の開示を求められる、③診療の過程で得られた個人情報の秘密が守られる、など患者の権利 7 項目をあげ、さらに、①健康に関する情報を正確に(医師に)提供する、②医療に関する説明が理解できるまで質問する、など患者の責務も 3 項目も加えられている。

この「患者権利章典」には記録の開示につき規定があるところから、東京都は従来の方針を改め、診療情報の開示につき積極的な開示への方向転換をしたものであろう。

- (30) Schoendorff V. Society of New York HOSP., 211 N. Y. 125. 105 N. E. 92, 93 1914

- (31) Salgo V. Leland Stanford, Jr., University Board of Trustees, 154 Cal, App. 2d 560, 317P. 2d 170 (1957)
- (32) Natason V. Kline, 186Kan, 313, 35 OP. 2d 1093 (1960)
- (33) 最高裁判所平成 12 年 2 月 9 日判決裁判所時報 1262 号 8 頁
- (34) 「カルテ等の診療情報活用に関する検討会報告会」(平成 10 年 6 月 18 日) ジュリスト 1142 号 64 頁。
- (35) 同上 67 頁
- (36) 診療情報についての患者の自己情報コントロール権については、その内容を構成するものとして四つの原則があり、「①収集制限の原則 個人の情報を収集するについては一定の目的のために必要な事項に限って原則として本人から直接収集すること, ②利用制限 原則として当初の目的の範囲内でのみ利用できるものとする, ③個人関与の原則 本人が収集された情報の内容を確認し, 誤りがあれば訂正でき, 目的外利用がされようとするときは中止は請求できること, ④情報収集の仕組みは広く公開されること。つまり, 恣意的な個人情報の収集や利用を許さず, 情報の主体自身がコントロールできるような制度的な保障が求められている」とする(森田「患者の個人情報とは誰のものか」月刊新医療 1996 年 1 月号 105~107 頁)
- (37) 石崎「日本の病院における『カルテ開示』の法的問題点」法律時報 73 巻 2 号 62 頁。
- (38) 文部省 G2 of 4
- (39) 2001 年 3 月 30 日朝日新聞朝刊
- (40) 2000 年 6 月 28 日朝日新聞朝刊
- (41) 前掲森島 R68~69 頁
- (42) 日医 G2 of 5
- (43) 都立 G4 (1)(2)
- (44) 文部省 G1 of 2